Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg.
(Direktor: Professor Dr. König, z. Zt. im Felde.)

Ein Fall von Stieldrehung der Gallenblase.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Carl August Markus Hermann Uhthoff,
aus Klein-Woltersdorf bei Wismar in Mecklenburg.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1915.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 21. September 1915.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Professor Dr. Ahlfeld.

In Dankbarkeit meinem lieben Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556035_0089

Die Stieldrehung der Gallenblase ist ein recht seltenes Vorkommnis. Es sind bisher im ganzen erst 5 Fälle zur Beobachtung gekommen, sodaß Kehr in seinem ausführlichen Werk über Chirurgie der Gallenwege dieser Erkrankung nur ein ganz kurzes Kapitel widmen kann. Eine eindeutige Erklärung für das Zustandekommen solcher Stieldrehung vermag auch er nicht zu geben.

Da der in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommene, mir in überaus liebenswürdiger Weise von Herrn Professor Hohmeier zur Verfügung gestellte Fall gerade über die ursächliche Entstehung dieser Erkrankung einige Klarheit zu schaffen verspricht, halte ich ihn besonders geeignet zur Veröffentlichung.

Ich lasse vorerst hier einige kurze Auszüge aus den bisher beobachteten Fällen folgen, um dann genauer auf den hier beobachteten Fall einzugehen.

Kubig berichtet über einen Fall von Stieldrehung der Gallenblase bei einem 73jährigen Mann. Da Patient erst kurz vor dem Exitus im Kollaps eingeliefert wurde, konnte eine Untersuchung nicht vorgenommen und eine Diagnose nicht gestellt werden.

Der Sektionsbefund ergab in seinem hier interessierenden Fall einen nierenförmigen, prall elastischen Tumor, von blauschwarzer Farbe in der Gegend der fossa vesicae felleae, der bis auf 2 Querfinger oberhalb Nabelhöhe herabreichte. Der Tumor saß an einem frei beweglichen Stiele am vorderen Leberrand. Seine Oberfläche, Peritoneum, anliegende Darmteile waren leicht getrübt. Die nähere Untersuchung ergab, daß es die um den Ductus cysticus um 270° im Sinne des Uhrzeigers torquierte Gallenblase war. Im übrigen waren im Abdomen normale Verhältnisse. Der histologische Befund ergab: Totale haemorrhagische Infarzierung der Gallenblasenwand. Die Kerne der Bindegewebssepten färben sich noch. Die Muskelkerne sind nicht mehr färbbar. Die Menge der elastischen Fasern ist stark verringert.

Nehrkorn beobachtete eine Stieldrehung der Gallenblase bei einer 74jährigen Frau. Patientin war bisher immer gesund gewesen, bis sie 8 Tage vor ihrer Einlieferung an heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite erkrankte. Dazu kam in den nächsten Tagen Stuhlverhaltung und Erbrechen. Die Untersuchung ergab in der Gallenblasengegend eine über faustgroße Resistenz, deren Palpation äußerst schmerzhaft war. Die Diagnose wurde auf Empyem der Gallenblase gestellt, weshalb sofortige Operation beschlossen wurde. Der Operationsbefund war folgender: Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man unter der tiefstehenden Leber die von Netz- und Darmadhäsionen

umgebene bräunliche Kuppe der Gallenblase. Nach Lösung der Adhäsionen hängt die Gallenblase frei an dem um 360° im Sinne des Uhrzeigers gedrehten Ductus cysticus. Es wird an den cysticus eine Ligatur angelegt und abgetragen. Auf dem Stumpf wird tamponiert und die Wunde bis auf ein kleines Stück durch Naht geschlossen. Die Wand der abgetragenen Gallenblase ist braunrot. Der Inhalt eine braunrote Flüssigkeit und Cholestearin-Kristalle.

Der weitere Verlauf wird nicht angegeben.

Fischer berichtet über eine Stieldrehung bei einer 70jährigen Geisteskranken. Die Anamnese aufzunehmen war wegen des Zustandes der Patientin nicht möglich. Patientin erkrankte mit Erbrechen Fieber und heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite. Der Befund nach 2 Tagen ist: starke Druckschmerzhaftigkeit und stärkere Bauchdeckenspannung vom Rippenbogen abwärts bis unterhalb Nabelhöhe rechts. Auf Grund des Befundes wird die Diagnose auf appendicitischen Tumor oder Cholecystitis gestellt. Nach Eröffnung des Peritoneums stellt sich eine blauschwarze, prallgefüllte Geschwulst ein. Nach Verlängerung des Schnittes ergibt sich, daß es die um ihren Stiel, den frei beweglichen Ductus cysticus im umgekehrten Sinne des Uhrzeigers gedrehte Gallenblase ist. Sie zeigt nierenförmiges Aussehen und fibrinösen Belag. Die Gallenwege sind steinfrei. Die Gallenblase wird abgetragen, tamponiert und die

Wunde bis auf einen kleinen Teil durch Naht geschlossen.

Auch hier sind über den weiteren Verlauf keine Angaben gemacht.

Die Wandung der abgetragenen Gallenblase ist stark verdickt. Die Schleimhäute sind geschwollen und mit Geschwüren bedeckt. Als Inhalt zeigt die Gallenblase eine dünnflüssige blutigschwarze Flüssigkeit. Der histologische Befund ist nicht mitgeteilt.

In einem von Mühsam mitgeteilten Fall erkrankte eine 61 Jahre alte Frau mit leichten Schmerzen in der rechten Bauchseite. Am 4. Tage trat Erbrechen auf und die Schmerzen strahlten in die rechte Schulter aus. Der Befund bei der Untersuchung ergab einen stark aufgetriebenen Leib und starke Spannung der Bauchmuskulatur, hauptsächlich rechts. Die Druckempfindlichkeit in der Blindarm- und Gallenblasengegend war stark gesteigert. In Narkose war ein Tumor in der Gallenblasengegend fühlbar. Die Diagnose wurde auf Empyem der Gallenblase gestellt. Die sofortige Operation daher angeschlossen. Nach Eröffnung des Peritoneums liegt ein gänseeigroßer, braunroter Tumor vor, der durch einen Stiel mit der Leber verbunden ist. Die genauere Untersuchung ergibt, daß es sich um die, um ihren Ductus cysticus im Sinne des Uhrzeigers um 360° gedrehte Gallenblase handelt. In den Gallengängen sind keine Steine fühlbar. Nachdem der Cysticus ligiert ist, wird die

Blase abgetragen, tamponiert und die Wunde bis auf ein kleines Stück durch Naht geschlossen.

Die Wand der abgetragenen Gallenblase ist stark verdickt. Inhalt der Gallenblase ist dunkles Blut. Steine sind nicht vorhanden. Mikroskopische Veränderungen der Gallenblasenwand werden nicht erwähnt.

Die Heilung verlief glatt. Patientin wurde nach einigen Wochen entlassen.

Eine sehr interessante Stieldrehung der Gallenblase teilt Mayer noch mit. Es handelt sich um eine Patientin von 54 Jahren, die bis zu ihrem 34. Lebensjahre gesund war. Dann traten häufige Schmerzen im Kreuz auf und auch des öfteren Erbrechen. Seit 15 Jahren leidet Patientin an rechtsseitigem Leistenbruch. Vor 10 Jahren fand eine Einklemmung des Leistenbruches statt. Die Reposition gelang damals nach einigen Versuchen. Am 21. Juni 1906 traten Abends heftige Leibschmerzen auf. Erbrechen fand nicht statt. Gegen aufgetretene Stuhlverhaltung waren Abführmittel ohne Erfolg. Am 25. Juni trat Erbrechen auf. Der hinzugerufene Arzt stellte rechtsseitigen eingeklemmten Leistenbruch fest. Ueber dem Leistenbruch ist ein wurstförmiger, etwa kindskopfgroßer Tumor fühlbar. Am 26. Juni morgens wurde Koterbrechen beobachtet. Patientin befand sich in kollabiertem Zustande. Die Untersuchung ergab ein stark aufgetriebenes Abdomen. Es war heftige

Peristaltik sichtbar. Die Palpation war äußerst schmerzhaft. Im rechten Leistenkanal lag eine Darmschlinge mit kleinen, weichen Kottumoren, direkt darüber liegt der Tumor. Die Untersuchung in Narkose ergab folgenden Befund: Der prallgefüllte Tumor zieht von der Leistengegend nach rechts außen und oben. Die Bruchpforte ist nach Reposition der Darmschlinge für 2 Finger durchgängig. Auf diesem Wege ist die untere Kuppe des nicht beweglichen Tumors fühlbar. Der gynäkologische Befund war negativ.

Die Diagnose wurde auf Obturationsileus, veranlaßt durch Kompression seitens des Tumors, (akute Hydronephrose einer ren mobilis) gestellt.

Der bei der Operation erhobene Befund ist folgender: Es liegt ein nierenförmiger Tumor von blauschwarzer Färbung vor. Der Tumor ist prallelastisch gefüllt. Der doppelt gedrehte Stiel steht mit der Leber in Verbindung. Die nähere Untersuchung ergibt, daß es sich um die um ihren Ductus cysticus gedrehte Gallenblase handelt. Die Gallenblase wird leicht zurückgedreht. Der Ductus cysticus wird ligiert, auf den Stumpf tamponiert und die Wunde bis auf einen Teil geschlossen. Exitus trat in der folgenden Nacht ein.

Der Inhalt der exstirpierten Gallenblase war geronnenes Blut und 2 große und 2 kleine Steine.

Der histologische Befund: Hämorrhagisch infarciertes Gewebe, faserige Struktur nur noch an

einzelnen Stellen erkennbar. Kernfärbbarkeit war nicht mehr vorhanden. Tumorelemente fanden sich nirgends.

In dem von mir beobachteten Falle handelte es sich um die 72 Jahre alte Frau H. K. aus Holzhausen bei Marburg. Da die Patientin seiner Zeit auf meiner Station lag, lasse ich die von mir selbst angefertigte Krankengeschichte hier folgen.

Vor 25 Jahren wurde bei der Patientin wegen Invaginatio il. Darmresection mit rechtsseitigem Bauchschnitt gemacht. Lange Jahre war Patientin dann ohne alle Beschwerden.

An Gallenkoliken will Patientin nie gelitten haben. Auch wurde nie eine Gelbfärbung der Haut von ihr beobachtet.

Vor mehreren Jahren bildete sich in der alten Narbe ein Bruch aus, den Patientin aber immer selbst wieder zurückbringen konnte. Am 9. April 1914 Abends trat der Bruch wieder einmal aus und ließ sich nicht mehr zurückbringen. In der Nacht setzten heftige Schmerzen im oberen Teil der Narbe ein. Patientin will deutlich Darmbewegungen gespürt haben. Gegen Morgen trat heftiges Erbrechen auf. Der am Nachmittag des 10. April hinzugerufene Arzt vermochte die Reposition nicht auszuführen. Er stellte die Diagnose auf eingeklemmte Narbenhernie und brachte die Patientin sofort in die Klinik. Der Befund bei der Aufnahme war:

Gracilgebaute Frau von mäßigen Ernährungszustand mit blassen Schleimhäuten. Puls 115, aber kräftig. Temperatur nicht wesentlich erhöht. (37,3°)

Lungen und Herz sind ohne besonderen Befund.

Ikterus nicht vorhanden.

Abdomen: Schlaffe Bauchdecken. Auf der rechten Seite eine leicht schräg verlaufende vom Rippenbogen etwa 15 cm nach unten ziehende stark vorgetriebene Narbe. Im vorgetriebenen Teil sind deutlich Darmbewegungen sichtbar. Die Perkusion ergibt Darmschall. Die außerordentlich schmerzhafte Palpation erwies, daß der Inhalt zweifellos Darm war. Die Reposition läßt sich nicht ausführen.

Eine noch genauere Untersuchung machte die äußerst intensive Rektusspannung unmöglich. Das Abdomen war auch im unteren Teile leicht druckempfindlich. Freie Flüssigkeit ließ sich nicht nachweisen. Auf Grund des oben erwähnten Befundes wurde die Diagnose auf eingeklemmte Narbenhernie gestellt. Sofortige Operation wurde angeschlossen.

Die von Herrn Professor Hohmeier in Aether-Tropf-Narkose ausgeführte Laparotomie ergab nachfolgenden Befund: Bei Umschneidung der Narbe wird das Peritoneum eröffnet. Vorliegt, aus der Bruchpforte ausgetreten, ein Stück Colon ascendens. Von diesem umgeben, direkt im Eingang der Bruchpforte, liegt ein prall elastischer Tumor von blauschwarzem Aussehen. Das Colon ascendens ist in Halbachterform

um den Tumor herum geschlungen und wird nach unten zu von ihm abgeschoben; dabei fließt riechende, blutig gefärbte Flüssigkeit in mäßiger Menge ab. In der übrigen Bauchhöhle kein flüssiger Inhalt. Nachdem durch die etwas erweiterte Bruchpforte der in keiner Weise geschädigte Darm in die Bauchhöhle zurückgebracht ist, liegt der Tumor in ganzer Ausdehnung vor. Er hat Größe und Form einer Niere, liegt frei in der Bauchhöhle nur an einem kaum streichholzdicken, torquierten Strang fest hängend. Die genauere Inspektion zeigt, daß es sich um die stark verdickte, vergrößerte und gangränöse Gallenblase handelt, die an dem im Sinne des Uhrzeigers um 540° gedrehten Ductus cysticus festhängt. Die Rückdrehung wird leicht ausgeführt. Der Ductus cysticus wird ligiert und abgetragen, auf dem Stumpf drainiert und die Wunde bis auf die Drainageöffnung durch Naht geschlossen.

Am 11. April ist das Allgemeinbefinden der Patientin gut. Puls kräftig. Stuhlgang vorhanden, Leib ist weich, nur an der Wunde etwas druckempfindlich.

Am 14. April hat sich das Befinden der Patientin noch weiter gebessert. Die Wunde sieht gut aus. Tamponade wird erneuert. Es findet nur geringe Secretion statt.

Am 27. April ist die Wunde fest geschlossen. Der Leib ist nicht mehr druckempfindlich. Patientin

steht auf. Am 3. Mai ist das Befinden der Patientin der Art, daß ihrer Entlassung keine Bedenken entgegenstehen.

Eine 1/4 Jahr p. op. vorgenommene Nachuntersuchung ergab völliges Wohlbefinden der Patientin.

Die exstirpierte Gallenblase hatte deutliche Nierenform, sah blauschwarz aus, ihre Wandung war verdickt. Der Ductus cysticus ist lang ausgezogen und stark verdünnt. Der Inhalt der Blase war blutig serös, im Hals saß ein kirschgroßer Stein eingekeilt.

Die histologische Untersuchung ergab, daß die Kerne der Bindegewebssepten noch färbbar waren, während die Muskelkerne mangelhafte Färbung zeigten. Elastische Fasern waren in verringerter Menge vorhanden. Das ganze Gewebe ist hämmorhagisch infarziert.

Fassen wir jetzt einmal zusammen, so sehen wir, daß in allen Fällen, in denen eine Stieldrehung der Gallenblase stattfand, gewisse Vorbedingungen erfüllt waren. Es handelte sich immer um Gallenblasen, die mit der Leber nur durch den Ductus cysticus in Verbindung standen, sich also aus dem Leberbett herausgehoben hatten und, da sie ohne Verwachsungen waren, eine große Beweglichkeit zeigten. Der Ductus cysticus hatte eine über das normale Maß hinausgehende Länge, sei es, daß diese durch vorausgegangene Entzündung der Gallenblase bedingt war, sei es, daß sie schon von Natur aus vorhanden war.

Alle Gallenblasen hatten eine abnorme, durch Hydrops bedingte Größe und konnten daher sich nicht mit dem für sie bestimmten Raum begnügen, mußten also über dem Leberrand hinausragen und sich durch Verdrängung anderer Organe Raum schaffen Endlich handelte es sich in allen angeführten Fällen um ältere Patienten, bei denen, wie die histologischen Untersuchungen beweisen, Elastizität, Turgor des Gewebes und Gewebsstructur nicht mehr in dem Maße vorhanden waren, wie wir sie bei jüngeren Personen finden.

Die Gallenblase setzte daher regelwidrigen Lagen nicht mehr den gleichen Widerstand entgegen, wie sie in früheren Jahren es getan haben würde.

Das sind Vorbedingungen für Gallenblasen-Stieldrehungen, die in allen bisher beobachteten Fällen erfüllt waren.

Ueber die Entstehungsursachen gibt keiner der Autoren, die bisher Gelegenheit hatten, eine Stieldrehung zu beobachten, eine eindeutige Erklärung. Die Ansicht von Payr, daß es sich hier um eine haemodynamische Torsion handele, wie wir sie bei anderen Organen kennen, wird wegen der geringen Gefäßentwicklung im Mesenterium der Blase allgemein abgelehnt. Payr versteht nämlich unter haemodynamischer Torsion eine Drehung, die durch Stauung in den Venen bei gefäßreichen Tumorstielen, wie wir sie bei den Ovarialcysten z. B. finden, zu stande

kommt. Er hat eine solche Torsion im Tierversuch am Netz zustande gebracht, wo lange gefäßreiche Stiele das Zustandekommen der zur Torsion führenden Venenüberfüllung begünstigten. Bei den einfachen Gefäßverhältnissen der Gallenblase kann man aber, wie gesagt, eine haemodynamische Torsion nicht annehmen.

Fischer ist der Ansicht, daß plötzlicher Lagenwechsel der Patienten eine Stieldrehung herbeizuführen imstande ist. Daß ein solcher Lagenwechsel, wie ja auch Krukenberg bei seinen Wandergallenblasen beobachtete, eine Knickung und damit Hydrops der Gallenblase herbeiführen kann, ist wohl zugegeben. Für die Erklärung einer Stieltorsion dagegen, wie sie bei Ovarialtumoren wohl am häufigsten nach plötzlichen Umdrehungen des Körpers beobachtet werden, erscheint ein einfacher Lagenwechsel nicht ausreichend.

Die Vermutung, ob nicht in seinem Falle die durch Obturationsileus gesteigerte Darmperistaltik eine Drehung der in den Därmen eingeschlossenen Gallenblase herbeigeführt haben könne, spricht Mayer aus. Unmöglich ist nach seiner Beschreibung der Zusammenhang zwischen Torsion und vermehrter Peristaltik nicht, ganz einwandfrei bewiesen wird er aber durch den von ihm erhobenen Operationsbefund nicht.

Der hier beobachtete Fall bringt unserer Ansicht nach den sicheren Beweis, daß der Darm — in

Betracht kommt wohl nur das Kolon ascendens bzw. Kolon transversum — imstande ist, eine Stieldrehung der Gallenblase hervorzurufen, wenn die übrigen Bedingungen, frei bewegliche Gallenblase mit wenig elastischer Wandung und vermehrte Darmperistaltik, gegeben sind. Beides war in unserem Fall vorhanden. Zur Loslösung aus dem Leberbett hat der durch Steinverschluß bedingte chronische Hydrops geführt, die stärkere Darmbewegung, nach Abführmitteln eingetreten, war von der Patientin selbst beobachtet. Außerdem wurde aber die Möglichkeit der Gallenblasendrehung noch begünstigt durch ihre Lage. Die Gallenblase lag eingebettet in der durch die Muskellücke ausgetretenen Colonschlinge, die sie förmlich umfaßte. So mußte sie den Darmbewegungen folgen und so erklärt sich auch die bisher noch nicht beobachtete, hochgradige Stieldrehung von 540°, die im Sinne des Uhrzeigers — ein weiterer Beweis für die Einwirkung der Darmperistaltik — erfolgte. Hier kann eine andere Ursache garnicht in Betracht kommen. Nur eine kräftig und länger wirkende Gewalt konnte eine so starke Torsion des Organes hervorgerufen, die zu der starken Drehung und Verdünnung des Cysticus führte und dem Operationsbefunde nach konnte eine solche nur in der die Gallenblase umschließenden Colonschlinge gesucht werden.

Wir sehen ja auch, daß bei anderen langgestielten Organen die Darmbewegung eine Lageveränderung hervorrufen kann, wissen wir doch, daß Wandermilzen,

deren Stiel eine ausgiebige Beweglichkeit gestattet, dem Colon descendens folgend, ins kleine Becken heruntersteigen, und daß eine solche Wanderung durch die Darmbewegung begünstigt wird, ist zugegeben.

Bei den meisten bisher beobachteten Fällen von Stieltorsion der Gallenblase war die Drehung im Sinne des Uhrzeigers bis 360° erfolgt, diese Beobachtung läßt auch eine gemeinsame Ursache vermuten und man geht wohl nicht fehl, wenn man sie auch bei ihnen in der Darmperistaltik sucht, zumal ein anderer Grund nicht gefunden würde.

Die Diagnose einer Stieldrehung der Gallenblase wurde auch in unserem Falle nicht gestellt, wir hatten garnicht an eine Mitbeteiligung dieses Organes gedacht, da die Anamnese in keiner Weise auf eine Gallenblasenerkrankung hindeutete. Die richtige Diagnose einer so seltenen Erkrankung wird immer ein Zufall bleiben, wenn auch die bei der Stieltorsion scheinbar charakteristische Nierenform der Gallenblase einen Anhaltspunkt für diese Erkrankung geben könnte.

Literatur.

G. Kubig: Ueber Volvulus der Gallenblase. Münchner mediz. Wochenschrift 1912 pag. 1998.

Müsam: Stieldrehung der Gallenblase. Berliner Klinische Wochenschrift 1908 pag. 1179.

Mayer: Stieldrehung der Gallenblase. Berliner Klinische Wochenschrift 1908 pag. 1602.

Fischer: Ein weiterer Fall der Stieldrehung der Gallenblase. Berl. Klin. Wochenschr. 1910 pag. 1784.

Nehrkorn: Gangrän der Gallenblase durch Stieldrehung. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 96 pag. 319.

Kehr: Chirurgie der Gallenwege.

Hohmeier: Stieldrehung der Gallenblase. Sitzung der mittelrhein. Chirurgengesellschaft Heidelberg Juli 1914.

Lebenslauf.

Ich, *Carl August Markus Hermann Uhthoff*, wurde geboren am 23. Juni 1889 als Sohn des Gutsbesitzers *August Uhthoff* und seiner Frau *Bertha* geb. *Siess* zu Klein-Woltersdorf bei Wismar in Mecklenburg. Meiner Konfession nach bin ich evang.-lutherisch. Ich besuchte das humanistische Gymnasium zu Wismar.

Meine akademische Ausbildung genoß ich in Marburg, München, Gießen.

Meine Lehrer waren folgende Herren Professoren bezw. Geheimräte:

Gasser, Schenck, Korschelt, Mayer, Richarz, Zincke. König, Zangemeister, Matthes, Bielschowsky, Tuczek, v. Behring, Bonhoff, Hildebrand, Hohmeier, Esch, Rieländer, Gürber, Jahrmärcker, Jores, Schmidt, Müller.

v. Angerer, Döderlein, v. Bauer, v. Müller, Pfaundler, Gebele, Eversbusch.

Meine ärztliche Vorprüfung bestand ich am 4. März 1910 in Marburg mit „gut"; mein Staatsexamen am 14. März 1914 ebendaselbst mit „gut". Als Medizinalpraktikant war ich an der chirurgischen Universitätsklinik zu Marburg tätig. Approbiert wurde ich am 14. Sept. 1914. Seit Beginn des Krieges bin ich als Truppenarzt tätig.

Marburg, 1. September 1915.

Carl August Uhthoff
Assistenz-Arzt d. R., 3. Pion. 23.